

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N^o

608

POUR

le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le jeudi 21 juillet 1898, à 9 heures

PAR

Henri RIBÉRAUD

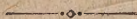
Né à Saintes (Charente-Inférieure), le 18 Juillet 1872



DES LIPOMES

DE LA

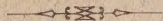
Région Mammaire



Président : M. TILLAUX.

Juges : MM. { POIRIER
KIRMISSON
JALAGUIER

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical*



PARIS

Librairie Paul DELMAR

29 — rue des Boulangers — 29

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° 608

POUR

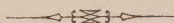
le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue le jeudi 21 juillet 1898, à 9 heures

PAR

Henri RIBÉRAUD

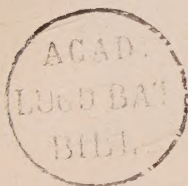
Né à Saintes (Charente-Inférieure), le 18 Juillet 1872



DES LIPOMES

DE LA

Région Mammaire



Président : M. TILLAUD.

Juges : MM. { POIRIER
KIRMISSON
JALAGUIER

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical



PARIS

Librairie Paul DELMAR

29 — rue des Boulangers — 29

1898

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Chimie organique et chimie minérale		GAUTHIER.
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE.
		DIEULAFOY.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladie des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement		BUDIN.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRE.	GILLE DE LA	NELATON.	THOINOT.
BAR.	TOURETTE.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEY.	POIRIER, chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	HEIM.	RETEREK.	WEISS.
CHASSEVANT.	LEJARS.	REMY.	WIDAL.
DELBET.	LETULLE.	RICAR D	WURTZ.
	MARFAN.	ROGER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS & A MES AMIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TILLAUX

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux

Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Comme sujet de notre travail inaugural, nous avons choisi l'étude des lipomes de la région mammaire parce qu'il nous a semblé, surtout à la lecture des traités de chirurgie les plus récents, que ces tumeurs étaient rares, et qu'il serait peut être intéressant de les grouper selon leur localisation anatomique, en rapportant les caractères qui leur sont communs et ceux qui sont propres à chaque catégorie.

Dans ce but, nous avons recherché dans la littérature médicale française et dans la littérature étrangère tous les cas publiés. Nous avons fini par adopter la classification suivante :

- 1° Lipomes consécutifs à d'autres lésions ;
- 2° Lipomes intra-mammaires ;
- 3° Lipomes para-mammaires ;
- 4° Lipomes sous-cutanés ;
- 5° Lipomes chez l'homme.

Enfin nous avons cru devoir rapprocher et étudier à la suite l'anomalie mammaire dite gynécomastie.

Nous avons, dans notre thèse, fait précéder le tout d'une étude des caractères généraux des lipomes mammaires avec leur pronostic et les indications qu'ils comportent.

Arrivé au terme de nos études, nous tenons à exprimer toute notre gratitude à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux, M. le docteur Dubourg, MM. les professeurs Pitres et Moussous, pour la bienveillance qu'il nous ont toujours témoignée.

M. le professeur Tillaux a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en exprimons ici notre bien vive et bien respectueuse reconnaissance.



CHAPITRE I

LIPOMES DE LA RÉGION MAMMAIRE

A priori il semblerait que la région mammaire doive être un terrain favorable au développement d'une tumeur lipomateuse. Celle-ci, en effet, se rencontre dans tous les organes, dans toutes les régions; elle ne paraît spéciale à aucune d'elles et elle a des caractères cliniques et des caractères histologiques bien définis.

De plus, le sein de la femme devrait être presque un lieu d'élection, plus qu'aucune autre région puisqu'il renferme un abondant tissu cellulaire qui s'hypertrophie et prolifère plus qu'en importe quel endroit.

Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait pas à distinguer d'une façon absolue l'hypertrophie graisseuse du lipome, lequel lipome n'est même pas une variété, une nuance de l'hypertrophie adipeuse du sein ! Cette dernière, en effet, qu'elle soit partielle ou totale est caractérisée par l'accroissement de tous les élé-

ments histologiques de la région qu'ils soient glandulaires ou graisseux, ceux-ci étouffant parfois les premiers. Le lipome, au contraire, est une tumeur encapsulée nettement circonscrite et séparée des éléments sains qui l'entourent. Si les acini ou les canaux galactophores sont altérés, c'est surtout mécaniquement, atrophiés ou modifiés par la pression.

Enfin le sein de la femme étant si fécond en tumeurs variées, on se demande pourquoi le lipome ne serait pas de celles-ci.

Étiologie. — Au point de vue étiologique, nous n'avons que dans quelques cas noté des particularités intéressantes! Dans la plupart des autres on ne retrouve rien de saillant quant aux commémoratifs, pas même un traumatisme. Les sujets s'apercevaient un beau jour de la présence d'une tumeur dans leur sein et pour satisfaire un besoin de l'esprit qui chez les malades s'exerce d'une façon particulière, celui de trouver une cause à leur mal, ils en cherchaient vainement l'origine et ne découvraient rien.

Il existe des lipomes congénitaux parmi lesquels celui de Masse.

Enfin, il y a toute une catégorie de lipomes consécutifs à d'autres lésions et en particulier à la mastite chronique, ce qui donnerait raison à la façon de voir de Quenu et Delbet. Pour eux, en effet, « toutes ces causes ont pour intermédiaires la pro-

« duction d'un tissu embryonnaire et une néo-for-
« mation des vaisseaux et cette espèce de vasculari-
« sation transitoire devient un terrain favorable au
« même titre qu'un nævus au développement exa-
« géré du tissu adipeux. »

Sans admettre précisément une diathèse lipomateuse, nous remarquons dans l'observation de Queyrel la multiplicité des lipomes existants avec celui du sein. Ils étaient loin d'atteindre le chiffre de 2080 lipomes que Broca signale chez un même sujet; mais il y en avait un gros comme un œuf derrière l'oreille gauche, un autre sur la fesse gauche ressemblant à une brioche, etc.

Symptômes et diagnostic. — La symptomatologie des lipomes du sein diffère peu de celles des lipomes en général. Ils sont diffus ou circonscrits et se présentent ainsi sous deux aspects différents. Les premiers forment des tumeurs étalées, pâteuses, peu saillantes, sans limites appréciables et sans mobilité.

Plusieurs de ces lipomes envoient, en effet, des prolongements vers la profondeur entre les groupes de muscles ou dans les interstices musculaires.

Les lipomes circonscrits, au contraire, forment des tumeurs saillantes, nettement limitées et lobulées. Cette lobulation, même si le lipome n'est pas très apparent, est mise assez facilement en apparence en tendant fortement la peau.

La consistance des lipomes peut aussi prêter à la

confusion. Molle en général, elle varie suivant la quantité de tissu fibreux qu'elle renferme. Velpeau signale que dans deux ou trois cas différents qu'il a eu l'occasion de voir, le lipome avait une trame fibreuse assez dense et que dans sa totalité il offrait la consistance des « adénoïdes ou des hypertrophies. »

Les fibro-lipomes sont fermes, les lipomes purs sont mous et dans certains cas où le tissu fibreux manque complètement, la mollesse peut aller jusqu'à simuler la fluctuation. Dans une de ses observations, Velpeau déclare qu'après avoir examiné la tumeur de toutes les manières, il resta convaincu qu'elle contenait du liquide, qu'il s'agissait d'un kyste tant la fluctuation lui avait paru certaine, réelle. Il alla même jusqu'à donner un coup de trocart sec et net dans la tumeur et trouvant que l'extrémité de l'instrument jouait avec une entière liberté dans les parties, il était plus convaincu que jamais qu'il s'agissait d'un kyste. Ce fut en ne voyant rien sortir par le canal qu'il pensa à un lipome. C'est dire jusqu'à quel point peut aller la sensation de fausse fluctuation.

On pourrait peut-être dans certains cas distinguer cette pseudo-fluctuation de la vraie fluctuation des collections liquides en usant de l'artifice que recommande Broca et qui consiste à interposer le bord cubital de la main sur la partie médiane de la

tumeur. Si la fluctuation ne se transmet pas d'une moitié à l'autre, il s'agit d'un lipome; si elle se transmet, au contraire, il s'agit d'un kyste. La manœuvre n'est peut être pas toujours aisée dans les variétés de lipomes que nous étudions.

Les lipomes de la région mammaire sont absolument indolents. Ils se développent très lentement et ne s'accompagnent pas de ganglions sur la paroi thoracique, l'aisselle, les creux sus et sous-claviculaire. Sans adhérences à la peau et aux parties sous-jacentes, sans ganglions, le lipome ne fait pas songer à une tumeur maligne!

Aussi le diagnostic se limite-t-il aux points suivants: Est-ce un adéno fibrome? de la mastite chronique? Est-ce surtout un kyste? Est-ce un lipome? Si on admet que c'est un lipome, est-il pur, est-ce un myxolipome, un angioliipome? Enfin quelle est la variété de son siège?

L'adéno fibrome a de commun avec le lipome qu'il a des allures bien caractérisées de bénignité. Mais on ne s'y arrêtera pas longtemps si l'on songe que bien que parfois la tumeur présente une fine lobulation, sa consistance est très ferme, quelquefois un peu élastique, mais le plus souvent aussi franchement dure.

Les noyaux de mammites chroniques ne peuvent pas être confondus avec l'affection que nous étudions. Leur multiplicité, les commémoratifs du début

(lactation, traumatisme), la pression du doigt qui est douloureuse ou tout au moins sensible, la présence de ganglions dans l'aisselle, l'évolution de la maladie, tout concourt à nettement différencier cette maladie de l'autre.

Quant aux kystes, nous avons déjà assez insisté à ce sujet, pour qu'on devine combien, dans certains cas, est grande la difficulté, au point que l'on en est réduit pour faire le diagnostic différentiel à user de la ponction exploratrice. Nous avons déjà dit comment il était peut-être possible dans les cas délicats de déceler la fausse fluctuation; nous n'y reviendrons pas et à ce sujet il ne faut pas oublier le mot de Nélaton : « Si vous hésitez entre un kyste et une « tumeur solide, diagnostiquez un lipome, vous « vous tromperez rarement. »

Enfin, est-il possible de bien établir la variété de lipome, myxo ou angiolipome?

Le diagnostic de ces tumeurs est difficile et le plus souvent leur nature n'est reconnue qu'au cours de l'opération.

La question de localisation est plus exacte, mais n'est cependant pas toujours facile à élucider. S'il n'est pas toujours absolument important au point de vue clinique et chirurgical d'établir que la tumeur est ou intra-mammaire ou para-mammaire et s'il suffit parfois de dire lipome du sein quand il donne à cet organe l'apparence d'une énorme tumeur encaps-

sulée, comprimant la région mammaire (Queyrel), nous croyons utile cependant de préciser qu'il existe des lipomes intra-mammaires, para-mammaires et sous-cutanés.

Généralement on peut facilement arriver à constater que la tumeur est indépendante de la région mammaire à sa situation superficielle, à sa mobilité sur le plan profond, à sa séparation de la glande qu'on peut différencier de la tumeur. Le lipome sous-cutané proémine beaucoup, enfin dans le lipome sous-mammaire la mamelle tout entière est en avant de la tumeur et elle est mobile sur elle. Cependant nous voyons comme dans celui de Billroth qu'on hésite à prendre ces cas pour de l'hypertrophie simple de la mamelle.

Quelquefois en faisant contracter le grand pectoral on sent la mobilité de la tumeur diminuer et être comme bridée. Si le reste de la tumeur est manifestement sous la peau du mamelon et du sein, on peut en conclure que c'est un lipome sous-cutané avec prolongements intra-musculaires, prolongements profonds.

Pronostic. — Tumeur essentiellement bénigne, le lipome n'entraîne aucun danger sérieux par lui-même. On pourrait donc à la rigueur s'abstenir de tout traitement. On doit toutefois s'inspirer des considérations suivantes et alors intervenir.

D'abord le moral de la femme est plus ou moins

affecté: il lui est impossible, en effet, de mettre de côté toute inquiétude. Dès le moment qu'elle sait qu'elle a une tumeur du sein, elle craint toujours, (on aurait beau lui répéter indéfiniment le contraire), que ce ne soit une tumeur de mauvaise nature.

D'autre part le volume des lipomes peut s'accroître d'une façon considérable, atteindre des proportions en face desquelles le médecin ne peut s'en tenir à l'expectative. La figure que nous retrouvons dans Duplay et Reclus de la malade de Billroth nous en donne une idée. On peut, on est en droit d'imposer dans les cas de ce genre une opération sans attendre que la malade vous la réclame, sous le prétexte que la tumeur lui déforme la gorge.

D'autant mieux que ces tumeurs, comme toutes les tumeurs bénignes, sont exposées à subir une transformation fâcheuse et à devenir malignes.

Nous nous sommes jusqu'ici placé surtout dans l'hypothèse où ce serait une femme qui serait atteinte. Mais les mêmes raisons subsistent ou à peu près quand il s'agit d'un homme. Dans le cas du lipome congénital de Masse l'indication d'opérer, ainsi que nous allons le voir, était chose délicate. Fallait-il opérer tout de suite ou attendre que l'enfant qui avait vingt-cinq jours seulement fut sevré?

Les chances de succès étaient-elles nombreuses étant donnée l'étendue du traumatisme et le jeune âge du sujet?

Ne fallait-il pas craindre un shock opératoire trop violent?

Ces questions à propos d'une intervention ne se posent que dans des cas très particuliers comme celui de Masse. D'une façon plus générale, dans les lipomes congénitaux, quand on se demande si oui ou non il faut opérer, on doit avoir en mémoire l'opinion de Holmes : « Ces tumeurs se développent rapidement, elles sont volumineuses, elles ne se généralisent pas, elles peuvent amener la mort du malade par épuisement. »

Il est indiqué quand il s'agit de lipomes congénitaux de toujours les opérer parce qu'ils menacent la vie du sujet par leur développement progressif et d'opérer hâtivement quand la tumeur a déjà un volume considérable. En résumé, il est indiqué d'opérer, sauf pour les tumeurs petites ou de médiocre volume, qui restent depuis longtemps stationnaires ou que l'on trouve chez des femmes avancées en âge ou de constitution très délicate.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique du lipome est banale, nous n'y insisterons pas ; elle a pour expression du tissu adipeux avec plus ou moins de tissu fibreux. Elle présente cependant des particularités intéressantes quand la tumeur est intra-mammaire ; aussi avons-nous eu soin de l'indiquer dans le paragraphe qui traite de cette variété.

Traitement. — Sera-t-il médical? Sera-t-il chirurgical? Si la question a pu être controversée, si l'on a pu autrefois préconiser et la compression ou les topiques combinés avec le traitement interne, on n'hésite plus aujourd'hui.

Le seul traitement logique est le traitement chirurgical; l'extirpation complète de la tumeur est le seul moyen rationnel et efficace que l'on puisse utiliser. Il sort du cadre de notre travail de décrire la technique opératoire. Elle ne diffère d'ailleurs pas de celle que l'on emploie pour l'ablation des autres tumeurs bénignes du sein : c'est une sorte d'énucléation du néoplasme.

Il est inutile d'ajouter que l'opération est sans danger et qu'avec les méthodes antiseptiques actuelles, les suites sont et doivent être excellentes.

Puisque nous avons consacré un chapitre à la gynécomastie que nous avons rapprochée des tumeurs adipeuses du sein, nous nous occuperons aussi du traitement qu'en saine thérapeutique on doit opposer à cette malformation.

Paul d'Egine conseillait d'opérer systématiquement dans cette affection qui donne l'air efféminé à ceux qui en sont atteints.

Sans pousser les choses aussi loin, on doit tenir compte que la gynécomastie est une affection sans gravité par elle-même, mais fort gênante parfois. Les seins ainsi développés sont exposés aux frotte-

ments : ce qui explique que ce soit une cause de réforme, le port de l'uniforme étant très douloureux. Quels que soient les accidents provoqués, on peut toujours y obvier par le port d'un corset; ce sont d'ailleurs les seules circonstances où un homme est autorisé à porter ce vêtement accessoire. Mais si le malade se trouve trop gêné et réclame une intervention, on ne doit pas la lui refuser.



CHAPITRE II

LIPOMES CONSÉCUTIFS A DES LÉSIONS

Un certain nombre de faits conduisent à penser que les lipomes sont d'origine inflammatoire. La formation des lipomes qui naissent autour des viscères chroniquement enflammés, rein; urétéres, vessie, rend cette manière de voir plus probable.

Pour Delbet, la relation de cause à effet qui existe entre l'inflammation et le lipome est tout à fait vraisemblable.

Le tissu inflammatoire, avant de devenir tissu adipeux, passerait par un intermédiaire qui, pour Virchow, serait le tissu muqueux; ce point est d'ailleurs loin d'être démontré.

Au contraire, on constate surtout du tissu embryonnaire dans les zones d'accroissement et autour des vaisseaux. Or, s'il est démontré que le lipome se développe souvent dans l'angiome et si l'on se souvient que la néoformation vasculaire est très abondante dans les tissus enflammés chronique-

ment, on est autorisé à se demander si la vascularisation ne joue pas un grand rôle dans la formation des lipomes. Quénu dit : « Il est probable que toutes ces causes de formation de lipomes ont pour intermédiaire la production d'un tissu embryonnaire et une néoformation de vaisseaux et que cette espèce de vascularisation transitoire devient un terrain favorable au même titre qu'un nœvus au développement exagéré du tissu adipeux.

Ce serait donc là l'explication de la formation des lipomes consécutifs à la mastite chronique dont Holmes parle dans son *System of Surgery* (1883). Il n'y a que Holmes qui signale ce genre de lipome. Brodie, dans *Lecturs of Pathology and Surgery*, traite également des lipomes secondaires. Mais les observations de ce genre sont extrêmement rares et l'on ne peut, par suite, qu'en faire une description et une étude absolument sommaires.



CHAPITRE III

LIPOMES INTRA-MAMMAIRES

Nous n'avons pu réunir que quatre observations de cette variété de tumeur graisseuse de la région mammaire.

Celle de Kœhler (Charité Annalen, 1888). Kœhler rapporte brièvement l'observation d'un fibro-lipome qui pesait 325 grammes et qui semblait siéger dans la mammelle.

Celle de Bégouin publiée dans le Journal de Médecine de Bordeaux (1892).

Celles d'Astley Cooper (1835), au nombre de trois, et dont Queyrel conteste l'authenticité. Nous les reproduisons ci-dessous. Avant lui, Jamain admet que ces deux cas ne sont autre chose que de l'hypertrophie graisseuse. En réalité, on ne peut d'après les détails anatomiques juger définitivement la question.

A propos de l'anatomie pathologique, Bégouin

donne des détails histologiques intéressants et qui suivent.

Au point de vue clinique, ces tumeurs n'offrent rien de bien particulier; siégeant en n'importe quel point du sein, elles se développent lentement. Le volume qu'elles atteignent varie de celui d'une noix à celui que rapporte Astley Cooper : 31 pouces de circonférence, 14 livres, 10 onces.

Leur diagnostic, ainsi que nous l'avons indiqué pour les lipomes de la région mammaire en général, n'est pas toujours aisé à poser.

Parmi les recherches que nous avons effectuées au point de vue bibliographique, nous avons relevé aussi un cas de lipome du sein présenté à la Société d'anatomie de Bordeaux par Andérodias. C'est en vain que nous avons recherché dans le Bulletin de cette Société la relation de ce cas : nous n'avons pu la trouver in extenso. S'agissait-il d'un lipome intra-mammaire, para-mammaire ou sous-cutané?

En somme, de véritables lipomes du sein, de lipomes intra-mammaires, de ceux qui, pour être appelés ainsi, doivent naître, d'après Labbé, dans la zone périacineuse de la glande mammaire, nous n'avons qu'une seule observation bien précise, celle de Bégouin.

OBSERVATION I

(Astley-Cooper. — Illustration of diseases of the breast.)

Tumeur adipeuse du sein.

Deux fois, on m'a demandé d'enlever une tumeur adipeuse du sein. Dans les deux cas la tumeur avait acquis un volume très considérable. — Dans le premier cas, la tumeur avait débuté par la partie postérieure de la mamelle et s'était développée entre la glande et la face antérieure du muscle pectoral.

Dans le second cas, tous ces globules graisseux qui sont parsemés entre les diverses parties de la glande mammaire, et qui servent naturellement à augmenter le volume du sein et à lui faire faire une saillie plus considérable à la partie antérieure de la poitrine, avaient acquis une grosseur anormale et constituaient une tumeur, qui, avant l'incision, semblait intéresser tout le tissu glanduleux de la mamelle. Au moment de l'opération, ces différents lobules graisseux purent être retirés des interstices de la glande.

OBSERVATION II

(Astley - Cooper.)

Mistress Smith entra à l'hôpital de Guy en août 1835 pour une tumeur énorme de la mamelle gauche, qui avait 31 pouces de circonférence et 10 pouces et demi de long. La tumeur fût enlevée le 29 août.

On pratiqua d'abord une incision semilunaire à la partie antérieure et supérieure de la tumeur et l'on attira celle-ci en bas ; puis on fit une incision le long de la partie supérieure jusqu'à ce que le muscle pectoral fut mis à nu. Ensuite, on

disséqua la tumeur de haut en bas, dissection qui fut facilitée par la tension que le poids de la tumeur déterminait dans le tissu cellulaire qui l'unissait aux muscles. Un aide comprima tous les vaisseaux à mesure qu'on les divisait, aussi s'écoulait-il peu de sang pendant l'opération. Enfin, une très grande partie de la peau, et la totalité de la mamelle, avec la tumeur qui était située derrière elle, furent enlevées. Les bords de la plaie furent maintenus rapprochés au moyen de plusieurs points de suture et de bandelettes agglutinatives. La guérison fut rapide. — La tumeur qui est conservée dans la collection de l'hôpital Saint-Thomas, pesait 14 livres 10 onces (poids anglais.)

OBSERVATION III

(Astley - Cooper.)

Une femme nommée Martin (112) entra à l'hôpital de Guy pour une tumeur du sein, qui avait un volume considérable et qui paraissait, au toucher, provenir d'une hypertrophie des différents lobes qui composent la glande mammaire. Lorsqu'on eût incisé la peau dans l'intention de pratiquer l'extirpation de la tumeur, on reconnut que tous les paquets graisseux qui entrent dans la composition de la mamelle avaient augmenté de volume et que la glande elle-même était saine. Les différentes ramifications qui constituaient l'ensemble de cette tumeur furent retirées d'entre les différentes parties de la glande, de manière à laisser de larges cavités qui avaient servi de receptacle à cette espèce de tumeur ramifiée. Une simple incision très étendue fût suffisante pour mettre à découvert toute la surface de la tumeur.

En exerçant des tractions, je parvins à allonger les

prolongements cellulaires qui l'unissaient à la glande, et une dissection très simple procura son entier isolement.

Il y a peu de temps que cette personne m'a écrit pour répondre à quelques questions que je lui adressais relativement à l'état de sa santé. Elle m'a répondu qu'elle n'a aucune récurrence de sa maladie et que son sein est entièrement libre de toute douleur.

OBSERVATION IV

(Bégouin, Journal de Médecine de Bordeaux, 22 février 1892.)

Lipome intra-glandulaire du sein.

Le lipome du sein est rare et les auteurs s'accordent presque tous pour le considérer comme une tumeur paramammaire plutôt que réellement intra-glandulaire.

J'ai été assez heureux pour rencontrer un vrai lipome du sein, nettement intra-glandulaire comme le démontrent les préparations dues à l'obligeance de mon ami M. Labrunie. On voit, en effet, à un faible grossissement qu'au milieu du tissu adipeux qui forme la plus grande partie de la préparation, sont disséminés sans limitation précise, des tubes glandulaires en amas plus ou moins considérables, réunis entr'eux par du tissu conjonctif. Les uns, dilatés, renferment une masse jaunâtre, formée par du lait coagulé ; les autres ont une lumière ouverte qui apparaît comme un point transparent et à un plus fort grossissement, on distingue de gros cristaux étoilés de margarine ou de stéarine disséminés au milieu du tissu adipeux. Parmi les tubes glandulaires dilatés, les uns ont perdu leur épithélium, les autres ont conservé par endroits un épithélium, cylindrique le plus souvent, quelquefois cubique. Les tubes de petite dimension sont formés

d'une paroi externe conjonctive et d'un épithélium cubique à une seule couche de cellules. On ne voit aucun vaisseau.

Les préparations proviennent de 2 morceaux différents, l'un pris au centre, l'autre à la périphérie de la tumeur : leur examen montre, cependant, qu'elles sont semblables. Dans toutes apparaissent des îlots de tubes glandulaires perdus au milieu du tissu adipeux, qui montrent bien la situation intra-mammaire du lipome.

L'histoire clinique de la tumeur ne présente rien d'intéressant ; elle siégeait à la partie supéro-externè du sein et elle s'était développée lentement avec toutes les allures d'une tumeur bénigne. La malade âgée de 47 ans l'avait découverte, par hasard, il y a deux ans ; elle avait alors le volume d'une noix qu'elle avait à peine dépassé au moment où on l'a opérée.



CHAPITRE IV

Lipomes para-mammaires.

Si pour les tumeurs autres que le lipome, l'indépendance de la glande mammaire paraît être l'exception, il semble au contraire que ce soit la règle pour les tumeurs adipeuses.

Les caractères habituels des tumeurs paramammaires tirés de leur situation, leur mobilité, la sensation de délimitation d'avec la glande que l'on éprouve en palpant la région, les lipomes paramammaires les ont tous. Ce sont ces derniers surtout qui ont fourni la plus grande partie des éléments de la description que nous avons faite des lipomes de la région mammaire en général.

Ils siègent soit à côté de la mamelle, soit en arrière entre le grand pectoral et la mamelle qui est repoussée en avant et plus ou moins sur le côté. Ces lipomes ainsi qu'en témoigne le cas que nous connaissons et que nous reproduisons plus bas, celui de Billroth, peuvent atteindre un volume énorme à

l'inverse des autres qui généralement n'atteignent pas de grandes dimensions.

Au point de vue du diagnostic il semble aussi que ces lipomes sous mammaires soient beaucoup plus aisés à diagnostiquer d'après ce signe que la mamelle est tout entière en avant de la tumeur et mobile. Pour être exact, il faut que nous ajoutions cependant que dans le cas de Billroth on hésitait entre l'hypertrophie et le cystosarcôme sans penser au lipome.

Parmi les cas de tumeurs qui font partie de la variété que nous observons, il y a celui de Lister, à moins que l'on ne conteste son authenticité parce que l'examen de la tumeur n'a pas été fait.

En outre de Valpeau qui en rapporte deux observations, il y a Brodie qui traite de cette variété de tumeurs et en cite des cas.

Enfin, nous rapportons une observation de Reclus (lipomes multiples) et deux autres observations de Lanelongue qui viennent s'ajouter aux autres mais qui sont sans très grande valeur parce qu'elles manquent de détails.

OBSERVATION I

(Velpeau)

Barois, quarante-deux ans, couturière, mariée, entre à l'hôpital le 3 septembre 1837, pour une tumeur du sein gauche. Il y a treize ans, cette femme avait déjà ressenti par là quelques douleurs légères, sans qu'elle pût en attribuer la

cause à quoi que ce soit. A cette époque, elle tombe de cheval, un homme cherche à la retenir, et son sein fut rudement froissé ; la douleur fut très vive, mais le lendemain elle n'y pensait plus. Six mois après, en se déshabillant, elle sentit deux glandes grosses comme une petite aveline un peu plus bas que le mamelon, à un pouce à peu près. Jusqu'alors elle n'y avait fait aucune attention ; mais elle croit se souvenir qu'elle ressentait déjà de temps à autre de petites douleurs. Peu de mois (trois ou quatre) après, elle s'aperçut qu'il s'en était formé d'autres autour du mamelon, de manière que le bout du sein était comme enfoui au milieu d'une couronne. Elle n'a pas nourri, mais elle s'est aperçue qu'après chaque couche (elle en a eu cinq) la tumeur avait augmenté, surtout après la dernière. Des douleurs sourdes, que la malade compare à un vent froid sur une plaie à vif, des élancements répétés sont venus alarmer cette femme l'hiver dernier.

Le sein gauche est gros comme les deux poings, l'autre est peu apparent et bosselé, on y sent six bosselures ou tumeurs distinctes, grosses comme un œuf de canne chacune, les unes plus dures, les autres plus molles, toutes se tiennent ; la peau qui les recouvre est rouge et amincie près des mamelons. Dans son ensemble, la tumeur à six pouces de long sur quatre de large.

Elle se porte un peu du côté de la clavicule, n'est pas sensible à la pression, et quelques-unes de ses parties sont comme fibreuses.

7. — Opération de manière à circonscrire, à enlever toute la peau malade ou amincie par la tumeur ; on lie cinq artères qui ont donné peu de sang ; les lèvres de la plaie sont tenues rapprochées avec des bandelettes de diachylon, et l'on panse avec linge troué et charpie.

L'examen montre une grosse tumeur formée de lobules de graisse accolés les uns aux autres ; la glande mammaire n'est plus reconnaissable : au-dessous on trouve quelques trous de tissu fibreux entre des lobules graisseux. Le diagnostic avait été tumeur butyreuse, ou encéphaloïde et fibreuse. (Tilleul sucré, potion laudanisée, bouillon).

10. — Premier pansement. La poitrine, les jambes et les bras sont envahis par une éruption miliaire. Démangeaison ; la plaie suppure bien.

11 et 12. — Pansement simple ; la plaie n'offre rien de particulier ; l'éruption pâlit, mais les vésicules sont plus grosses et remplies de liquide.

14. — La rougeur a presque disparu ; les fils sont tombés ; la plaie se cicatrise ; laver avec de l'eau de quinquina.

15. — On retire les bandelettes ; la plaie se cicatrise régulièrement ; limonade tartrique, tilleul, soupes, lait.

20. — La plaie est cicatrisée en haut en bas, il ne reste qu'un petit espace long de 18 lignes.

28. — La malade qui marche depuis trois jours dans la salle, demande à sortir, promettant de revenir à la consultation ; elle est parfaitement guérie.

OBSERVATION II

(Velpeau)

Une jeune femme d'une complexion un peu délicate, bien réglée, entre à l'hôpital pour une tumeur du sein droit plus volumineuse qu'une tête d'adulte.

Il y a trois ans et demi, au milieu d'une grossesse, le sein, normal auparavant, s'est développé en masse d'une façon égale sur tous les points.

A la fin de la grossesse, il avait déjà un très fort volume,

pendant la lactation il survint un abcès qui fut ouvert en trois ou quatre endroits à l'aide du bistouri.

Depuis cette époque, la tumeur s'est accrue lentement, sans douleur.

Une seconde grossesse s'est terminée il y a six semaines, depuis lors la tumeur a fait beaucoup de progrès.

Avec la forme d'une boule à peu près ronde, ayant 50 centimètres de circonférence, elle est très pesante, tombe au-devant de l'abdomen et descend lorsque la malade est debout, jusqu'au niveau de la crête de l'os des îles.

Son pédicule est formé par la peau que la pesanteur de cette masse énorme plisse dans le sens vertical; il y a près de 40 centimètres de circonférence.

La peau est mobile à sa surface, excepté en bas, au niveau de la cicatrice résultant d'incisions faites pour vider les anciens abcès.

Le mamelon, situé au-dessous et un peu en dehors, ne fait point saillie sous la peau; l'aréole très large, molle, non fluctuante, indolente, est formée de lobes élastiques, mobiles les uns sur les autres.

13 juin. — On cerne le pédicule de la tumeur par deux incisions transversales, semi-lunaires empiétant de 3 à 4 centimètres sur la masse, à cause de la rétraction présumable des tissus après l'opération. Immédiatement après, le poids de la tumeur est de quatre livres et demie. En la disséquant, on constate qu'elle est lobulée; avec un peu de soin, il devient facile de séparer ses lobules les uns des autres. Un peu en dehors et en bas, on retrouve d'une manière distincte des grains appartenant à la mamelle saine, il n'existe pas d'adhérences entre cette portion saine, qui du reste est peu considérable et la portion adipeuse.

Toute la masse représente un mélange de lobules adi-

peux et de tissu glanduleux hypertrophié, une des variétés du lipome fibreux.

Plusieurs coupes sont pratiquées selon le grand diamètre de la tumeur ; sur toutes, on voit distinctement les lobes réunis par des tissus fibreux assez abondants ; le tissu en est blanc, résistant, élastique ; il ne se laisse pas écraser par la pression du doigt, et l'on n'en fait suinter qu'un liquide visqueux analogue à de la synovie. On rencontre, mêlées au tissu glandulaire, des masses blanchâtres dont quelques-unes atteignent le volume d'une petite noix ; molles, onctueuses, solubles dans l'eau, elles offrent tous les caractères physiques du caséum.

Le microscope n'y a point retrouvé les éléments de la glande mammaire, il n'a reconnu que l'élément graisseux (Follin).

La plaie a près de 20 centimètres de long ; ses bords sont réunis au moyen de onze serre-fines, et le tout est recouvert de compresses imbibées d'eau fraîche.

12 juin. — L'état général est bon, il n'y a pas de fièvre, la malade a bien dormi ; l'état local est aussi des meilleurs. Les bords de la plaie sont agglutinés, on retord six serre-fines.

3 juillet. — La malade sort de l'hôpital. Depuis le jour où toutes les serre-fines ont été retirées, les lèvres de la plaie ne se sont point décollées, il ne s'est fait de suppuration que par les points où passaient les fils à ligature. Aujourd'hui la malade est complètement guérie.

OBSERVATION III

Lipomes multiples de la mamelle. (Reclus. Clinique de l'Hôtel-Dieu).

Une blanchisseuse de 43 ans, nous est envoyée comme atteinte de maladie kystique; elle est d'une bonne santé habituelle, bien que l'auscultation révèle, dans les deux sommets une expiration prolongée et rude; la voix est un peu enrouée et il y a eu de légères hémoptysies. Rien à noter du côté des seins si ce n'est que, il y a vingt-trois ans, après un accouchement gémellaire, ils devinrent durs et engorgés, mais sans abcès consécutifs, et depuis cette époque, aucune particularité ne s'est montrée.

Au milieu de l'année courante, son attention fut appelée vers le sein droit par un écoulement sanglant au niveau du mamelon et par des douleurs assez vives irradiées vers l'épaule et le bras; la malade effrayée vient nous consulter et nous constatons sur la peau normale qui recouvre les mamelles une foule de petites tumeurs enchassées dans la glande et dont le volume et la forme sont très variables; les plus grosses rappellent une noisette, les plus petites un grain de chènevis; on les sent aussi bien à droite qu'à gauche, et je songeais aussi à une maladie kystique; mais certaines particularités m'intriguaient un peu; plusieurs de ces tumeurs au lieu d'être nettement sphériques, sont aplaties d'avant en arrière; puis elles sont molles, dépressibles, presque fluctuantes; elles n'ont en rien la dureté ligneuse caractéristique des kystes de la mamelle.

Je plonge l'aiguille de la seringue de Pravaz dans une de ces tumeurs: l'aiguille paraît libre dans une cavité, mais aucun liquide ne s'écoule; je ponctionne ainsi trois ou quatre saillies sans obtenir même une goutte de sérosité;

alors, grâce à une injection préalable de quelques centigrammes de cocaïne, je puis, sans douleur, inciser la peau sur une de ces tumeurs qui s'énuclée et jaillit pour ainsi dire au dehors. La masse qui s'échappe est régulièrement arrondie, jaune, et paraît être un petit lipome nettement encapsulé. J'ai répété trois fois, sur chacun des deux seins, cette innocente extirpation et, chaque fois, l'examen à l'œil nu et l'investigation microscopique ont prouvé qu'il s'agissait bien d'une tumeur graisseuse pure, sans adjonction aucune d'éléments sarcomateux ou myxomateux.

OBSERVATION IV

(Lannelongue, Bordeaux 1894)

Lipome de la région thoracique

Berthe X..., 20 ans, tailleuse, entrée le 27 juin 1894.

A H. Père, mère et sœurs bien portants.

A P. N'a jamais été malade. Réglée à 12 ans 1/2 très bien, sans douleurs ni coliques.

Il y a deux ans environ, la malade s'aperçut qu'elle avait au-dessous du sein droit une grosseur du volume d'une grosse noix qui ne l'avait jamais fait souffrir et qu'elle n'avait jamais remarquée jusqu'alors.

Depuis, la tumeur a grossi peu à peu, mais sans jamais faire souffrir la malade, sauf depuis huit jours où par intervalles, elle perçoit du picotement.

Diagnostic. — Lipome.

Opération le 25 juin. — Guérison.

Sortie le 5 juillet.

OBSERVATION V

(Lannelongue, Bordeaux)

Lipome du côté gauche

Claire D..., 27 ans, cuisinière, entrée le 24 août 96.

Entrée pour une tumeur située sur le côté droit du thorax.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Il y a 4 ans, la malade reçut au niveau de la 7^e côte, sur la partie latérale, un coup de coude. L'année qui suivit ce traumatisme, elle ne remarqua rien d'anormal en ce point, mais au bout de quelque temps, elle constata une petite grosseur du volume d'une noisette, molle, indolente.

Pendant ces trois dernières années, elle a grossi progressivement, avec toujours les mêmes caractères. Cependant, depuis une quinzaine de jours, la tumeur est devenue douloureuse, aussi la malade se décida à entrer à l'hôpital. Diagnostic Lipome.

26 août. — Extirpation.

4 septembre. — Enlèvement des points de suture ; guérison.

CHAPITRE V

LIPOMES SOUS-CUTANÉS

Les quelques indications que nous donnons à ce sujet, nous les rapportons surtout d'après les travaux de Bryant et de Velpeau dont nous reproduisons un cas et qui en a observé, écrit-il, deux autres. Hâtons-nous de dire que comme toutes les autres variétés il est extrêmement rare.

D'après Velpeau, il procède plus que ne le fait un kyste d'égale volume. Ses bosselures sont moins molles, moins tendues, recouvertes d'une peau plus normale encore que celle qui recouvre les kystes véritables. Généralement il a une tendance à se développer vers la profondeur et la plupart du temps, ce n'est que lorsqu'il a acquis un certain volume qu'il est appréciable au dehors. La palpation ne donne pas généralement l'illusion de la fluctuation, mais l'inverse peut se produire, ainsi que nous le prouve le cas de Velpeau, et l'erreur se commet si on n'a pas l'esprit prévenu. Souvent c'est un noyau sous forme de peloton mollassé.

Développés dans le tissu cellulaire sous-cutané en avant de la mamelle, ils n'atteignent pas, au dire de Delbet, un grand volume à l'inverse des lipomes sous-mammaires, qui peuvent atteindre un volume considérable.

Parfois le lipome est mixte au point de vue de sa situation sous-cutanée. Il peut être en partie situé sous le muscle grand pectoral, comme dans le cas de Queyrel où la contraction de ce muscle rendait moins grande la mobilité de la tumeur et la faisait paraître comme bridée tandis qu'une autre partie était manifestement sous la peau du mamelon et du sein.

En effet, dans le cours de l'opération on peut constater, étalées sur une partie de la surface de la tumeur, comme un muscle peaucier, quelques fibres du grand pectoral.

OBSERVATION I (empruntée à Velpeau)

Une femme âgée d'une trentaine d'années, habituellement bien portante, d'un embonpoint médiocre, d'une bonne constitution, n'ayant jamais eu d'enfants, se présente à l'hôpital en 1845, pour une tumeur du sein. Cette tumeur qui offrait le volume d'un œuf de poule, qui occupait la région externe et inférieure de l'aréole, existait depuis plusieurs années. Légèrement saillante à l'extérieur, elle ne causait aucune souffrance, n'était compliquée d'aucun engorgement, d'aucune altération, soit des téguments, soit des autres tissus de la région. Souple, molle, vaguement bosselée, elle ne pouvait

se rapporter à aucune des tumeurs concrètes du sein ; elle était évidemment située entre le tissu glanduleux et l'enveloppe tégumentaire. Reposant sur la mamelle même, elle cédait à la pression de manière à faire naître d'abord des doutes sur la nature des éléments qui la constituaient. Elle était survenue sans cause appréciable, d'une manière insensible. La malade, qui ne pouvait pas en indiquer la date précise, assurait seulement que depuis six mois sa tumeur avait pris un accroissement notable, et que parfois elle était assez sensible pour lui occasionner de la gêne et de l'embarras.

Après l'avoir examinée de toutes les manières, je restai convaincu qu'elle contenait un liquide, qu'il s'agissait d'un kyste, tant la fluctuation m'y avait paru certaine, réelle ; j'en conclus qu'on pouvait en débarrasser la malade à l'aide d'une simple ponction suivie d'injection iodée.

Cependant, comme je n'avais pas la certitude que le kyste contînt du sérum diaphane ou sanguinolent, plutôt qu'une matière gélatineuse ou glaireuse, il fut convenu que la ponction serait commencée comme pour l'injection iodée, c'est-à-dire par une ponction avec le trocart ; mais que si, au lieu de matière très fluide, la tumeur renfermait quelque autre chose, l'appareil serait prêt pour permettre de procéder sur-le-champ, soit à l'incision complète, soit à l'extirpation de la maladie.

Préparée comme pour l'extirpation de toute autre tumeur du sein, très désireuse d'ailleurs d'être opérée, la malade reçut d'abord un coup de trocart sec et net dans sa tumeur, préalablement tendue au moyen de la main gauche. Trouvant que l'extrémité de l'instrument jouait avec une entière liberté dans les parties, je restai plus convaincu que jamais qu'il s'agissait d'un kyste. Aussi éprouvai-je une véritable surprise en ne voyant rien sortir par la canule du trocart dès que j'en

eu retiré le poinçon: Je me demandai alors si quelques grumeaux, quelques flocons concrets, ne s'opposaient pas à la sortie du liquide. Dans cette pensée, j'introduisis un stylet jusqu'au fond du prétendu kyste sans aucun obstacle : j'en inclinai, j'en portai la tête dans toutes les directions et cependant nous ne vîmes rien sortir. A cet instant, je me serais moins imaginé que jamais être entré dans un lipome. Je crus à l'existence d'un kyste ou sébacé ou hématique, et je procédai de suite à une opération plus complète. Les téguments furent incisés dans le sens du grand diamètre de la tumeur, qui se trouve bientôt à nu, et qui se montra dès lors avec tous les attributs d'une masse grasseuse, pure, molle, formée de trois pelotons principaux, que j'extirpai. Quelques artérioles furent liées, je rapprochai les lèvres de plaie et la malade guérit bien et rapidement.



CHAPITRE VI

LIPOMES CHEZ L'HOMME

Ni dans Jaccoud ni dans Dechambre, pas plus que dans Reclus on ne trouve de cas de lipomes chez l'homme. Delbet n'en parle pas dans le traité de Duplay et Reclus. Horteloup, dans son travail de 1872, sur les tumeurs du sein, n'en dit absolument rien. Virchow, d'après Cornil et Ranvier, a observé un fibrome chez l'homme, mais en réalité quand on rencontre chez celui-ci des tumeurs du sein, ce ne sont guère le plus souvent que des néoplasmes carcinomateux.

Nous avons un moment espéré trouver dans l'article de Paget (Lancet de 1894) quelque cas qui rentrerait dans la variété de lipomes que nous étudions, nous en avons été pour nos recherches; si l'auteur s'occupe des lésions du sein chez l'homme, il ne rapporte pas du moins de cas de néoplasme adipeux.

Nous n'avons découvert que deux cas : un cas

d'adulte, celui de Queirel (1889); l'autre congénital de Masse. S'ils ne nous donnent pas d'idées très précises sur ce que peuvent être les tumeurs de cette nature dans le sexe masculin, ils ont au moins une importance assez grande puisqu'ils démontrent ce qui avait été avancé très hypothétiquement et que la clinique n'avait pas établi, à savoir que les lipomes du sein peuvent se trouver, quoique exceptionnellement, chez l'homme.

Le cas de Queirel est indiscutable : enlevée, la tumeur représentait une masse lobulée de graisse molle et jaune, renfermée dans une capsule mince de tissu fibreux dont les cloisons pénétraient dans l'intérieur de la tumeur et en limitaient les lobules. Voilà pour l'anatomie pathologique. Au point de vue anatomique on pouvait discuter et se demander si c'était bien un lipome du sein, c'est-à-dire s'il était bien né dans la zone périacineuse. En réalité il n'en était pas ainsi puisqu'il était né dans le tissu interfibrillaire du grand pectoral; mais « cliniquement au point de vue chirurgical, c'était bien un lipome du sein puisqu'il donnait à cet organe l'apparence d'une énorme tumeur encapsulée, comprimant l'organe glandulaire après l'avoir refoulé en bas et en rapport intime avec la mamelle ».

On voit, dans ces quelques lignes que nous citons, esquissés les caractères du lipome de l'homme. Du reste il a tous les autres signes que nous avons

décrits plus haut : indolence, fausse fluctuation, etc.

Quant au cas de Masse, outre qu'il a été découvert chez un enfant du sexe masculin, il présente la particularité d'appartenir à une variété de tumeurs que l'on retrouve assez fréquemment dans le reste de l'organisme, mais que l'on n'avait pas jusqu'ici rencontrées dans le sein : les lipomes congénitaux.

Ses caractères étaient la mollesse, la fausse fluctuation, l'irréductibilité et l'indolence. Mais un caractère très important que cette tumeur empruntait évidemment à son origine congénitale et que l'on retrouve dans les lipomes congénitaux des autres régions, c'est le développement rapide. En effet, cette tumeur qui n'avait le vingt-cinquième jour après la naissance que le volume d'une demi-mandarine, était, neuf mois après, devenue assez volumineuse pour former une saillie hémisphérique, légèrement ovoïde, aussi grosse qu'une moitié de tête d'enfant. Elle était étendue entre le sternum et la ligne axillaire sur le côté gauche; sa circonférence mesurait 48 centimètres.

Nous ne serions cependant pas dans le vrai si nous n'ajoutions pas un correctif à l'affirmation un peu trop absolue que nous venons d'émettre au sujet du développement rapide de la tumeur congénitale. Il peut arriver que le lipome, bien qu'ayant une origine congénitale, ait un développement plus ou

moins tardif sans qu'il cesse d'avoir son origine réelle dans un noyau qui se rattache au développement fœtal (Masse).

OBSERVATION I.

Lipome diffus congénital de la paroi thoracique. — Masse
(Gazette hebdomadaire des sciences médicales, 1897)
n° 48.

Cette observation m'a paru intéressante à noter comme un cas type de lipome congénital pur à développement très rapide, remarquable par son volume, heureusement traité par l'extirpation sur un enfant de 9 mois. J'ai opéré l'enfant avec le concours de M. le professeur Piéchaud que j'avais appelé plusieurs fois en consultation avec moi avant l'opération.

L'enfant m'a été présenté 25 jours environ après sa naissance ; il avait, à deux doigts au-dessus du sein gauche, une petite tumeur de forme hémisphérique du volume d'une demi mandarine. Au-dessus de la tumeur, la peau avait sa couleur et sa consistance normales. La tumeur était molle, elle présentait même une fausse fluctuation, elle semblait légèrement adhérente aux parties profondes ; une ponction exploratrice que je crus nécessaire au diagnostic ne me donna qu'un peu de sang.

La tumeur était irréductible et non douloureuse à la pression. L'extirpation proposée fut rejetée ; toute opération répugnait à sa famille, étant donné l'âge de l'enfant. Cependant celui-ci se portait à merveille et l'allaitement se faisait dans d'excellentes conditions. L'accroissement de la tumeur malgré quelques tentatives de compression, fut progressif, elle s'étendait en largeur, devenait proéminente et malgré

cela ne paraissait avoir aucune influence sur la santé de l'enfant.

Neuf mois après, la tumeur était devenu assez volumineuse pour former une saillie hémisphérique légèrement ovoïde, aussi grosse qu'une moitié de tête d'enfant. Elle était étendue entre le sternum et la ligne axillaire sur le côté gauche du thorax, elle s'étendait en hauteur entre le mamelon du sein gauche et le bord inférieur des fausses côtes, sa hauteur était de 19 centimètres et sa largeur de 27 centimètres; sa circonférence mesurait 47 centimètres.

À ce moment la difformité devenant très grande et la tumeur devenant de jour en jour plus considérable, les parents nous demandèrent l'opération avec insistance.

La tumeur était hémisphérique, lobulée et molle sans être kystique.

Ce lipome était-il pur de toute association de tumeur maligne?

Était-ce un myxo-lipome ou bien un angio-lipome?

Ce lipome était-il primitivement sous-pleural ou venait-il du médiastin antérieur?

Fallait-il opérer tout de suite ou attendre que l'enfant fut sevré pour intervenir?

Quelles seraient les chances de succès, étant donnée l'étendue du traumatisme opératoire sur un enfant de neuf mois?

Ne fallait-il pas craindre un schock opératoire trop violent?

Toutes ces questions, fort intéressantes pour notre opéré, furent successivement examinées et discutées dans une consultation avec mon collègue le professeur Piéchaud.

L'opération fut décidée, la difformité justifiant l'intervention immédiate et l'opération paraissant avoir plus de chances au moment où on allait la tenter.

Le maintien de la bonne santé de l'enfant, l'absence d'engorgement ganglionnaire, la forme un peu lobulée de la tumeur, sa consistance nous firent écarter l'idée de tumeur maligne, malgré la rapidité de son développement. L'intégrité de la peau, qui ne portait aucune tache vasculaire et qui était normalement vascularisée, nous fit rejeter le diagnostic d'angio-lipome. La non réductibilité de la tumeur à aucune période de son développement nous faisait éloigner l'idée d'un lipome sous-pleural ou du médiastin ayant fait hernie à travers un espace intercostal. La tumeur ayant un accroissement rapide, il y avait intérêt à opérer au plus tôt pour ne pas avoir une plaie opératoire trop vaste. L'opération nous paraissait devoir se faire dans de meilleures conditions sur un enfant allaité au point de vue des conséquences relatives à l'infection et pour les soins à donner pendant la convalescence.

L'enfant fut anesthésié au chloroforme, avec quelques petits incidents respiratoires, mais en somme d'une manière suffisante. La tumeur fut enlevée sans accidents graves par une seule incision de 18 centimètres portant sur son plus grand diamètre.

Immédiatement sous la peau on arrivait sur un tissu graisseux qui se confondait sans limite avec le tissu cellulaire sous-cutané. C'était un lipome diffus, pur et sans mélange, avec sa couleur et sa consistance caractéristiques.

L'examen microscopique de la tumeur a montré qu'il s'agissait bien d'un lipome. La tumeur était peu vasculaire.

Après une dissection rapide, la masse graisseuse fut détachée des parois thoraciques; elle se confondait sans limite précise avec le tissu cellulaire sous-cutané des parties voisines et pesait environ 1 kilogramme. Après l'extirpation de la tumeur une portion de peau fut excisée et la

réunion fut faite par quinze points du suture, un drainage fut établi. Une petite étendue de la plaie fut conservée ouverte au côté externe sur le flanc gauche. Le drain ne fut laissé que quarante-huit heures au plus. Quinze jours après cette opération l'enfant était tout à fait remis.

Il ne reste plus aujourd'hui, un an après l'opération, au point qui était le siège de la tumeur qu'une cicatrice linéaire transversale de 26 à 27 centimètres.

J'ai fait photographier l'enfant il y a un mois environ et l'on peut voir que la tumeur s'est un peu reformée au-dessous de la cicatrice dans le tissu cellulaire sous-cutané. Les deux petites tumeurs qui se sont reproduites sont relativement fort petites, leur développement très lent, et il sera facile de les enlever dans une deuxième opération complémentaire.

La tumeur reformée est molle, sans aucune modification, à l'aspect de la peau, c'est encore du lipome pur et diffus.

Cette observation m'a amené à rechercher la fréquence des lipomes congénitaux. Holmes, Molk, Heyfelder, Briant, ont publié quelques observations de lipomes congénitaux.

On consultera avec fruit sur le lipome congénital la thèse du docteur Sénac qui a le tort de vouloir démontrer que presque tous les lipomes congénitaux sont des angio-lipomes. On trouvera un assez grand nombre d'observations de lipomes congénitaux de la région périnéale et de la fesse dans la thèse du docteur Molk (de Strasbourg); Heyfelder, Briant en avaient publié un grand nombre d'exemples.

On trouve des lipomes congénitaux dans la région lombaire, sur la paroi abdominale, sur les membres; les lipomes rétro-péritonéaux, ceux du médiastin et de la

plèvre sont pour la plupart des tumeurs congénitales. Outre les lipomes proprement dits, il existe des tumeurs mixtes congénitales où le lipome se combine avec d'autres lésions, avec des kystes et des malformations de la colonne vertébrale, spina-bifida, méningocèle; des fibrolipomes sont souvent appendus au coccyx; ils pénètrent jusqu'à la moëlle à travers un spina-bifida.

On a vu des lipomes se substituer à des tumeurs vasculaires.

L'observation qui fait l'objet de cette note est relative à un lipome pur, sans mélange de tumeur dermoïde ou kystique ni de tissus d'inclusion fœtale ou de nature maligne; elle ajoute un fait de plus à ceux qui sont déjà publiés et qui montrent que le lipome proprement dit peut exister pendant la vie intra-utérine et s'accroître très rapidement soit pendant le développement fœtal, soit à la naissance pour former des tumeurs très volumineuses dont l'extirpation s'impose, non par leur malignité mais par leur volume. C'est la région périnéale ou fessière qui est le lieu d'élection des lipomes les plus volumineux. Par leur volume ces gros lipomes peuvent gêner l'accouchement et nécessiter une intervention active au moment de l'expulsion du fœtus. Dans cette région ces tumeurs sont des mélanges complexes de lipomes, de kystes, de tissus embryonnaires d'origines diverses. J'ai observé un cas de lipome très volumineux du périnée, compliqué de hernie, que j'ai présenté au Congrès de gynécologie de Bordeaux. Dans ce cas j'avais admis l'hypothèse que le lipome avait été primitivement sous-péritonéal ou rétro-péritonéal et qu'il avait entraîné dans son développement un sac herniaire en rompant la résistance du périnée.

Le lipome de la paroi thoracique de notre observation,

très réduit au moment de la naissance a pris un développement très rapide. Le germe du lipome peut avoir souvent une origine congénitale, mais son développement peut être plus ou moins tardif sans qu'il cesse pour cela d'avoir son origine réelle dans un noyau d'origine qui se rattache au au développement fœtal.

« N'est-il pas rationnel, dit Sénac dans sa thèse, de supposer que le processus néoplasique a pris naissance pendant la vie intra-utérine par une anomalie de la genèse au moment de la constitution de l'être. »

Holmes (*The Lancet*, 1864, p. 575-605) a insisté sur ce qu'il appelle Congénital innocent tumors, c'est-à-dire ces tumeurs bénignes qui probablement dérivent d'un germe congénital et qui se développent à partir de la naissance. « Ces tumeurs, dit-il, se développent rapidement, elles sont volumineuses, elles ne se généralisent pas, elles peuvent amener la mort du malade par épuisement.

Sur cet enfant le lipome était unique et incontestablement congénital; le père n'avait pas de lipome, le grand-père paternel était obèse. L'enfant était normalement et fortement constitué sans présenter par ailleurs aucun signe d'hypertrophie des tissus graisseux.

L'extirpation de la tumeur, quoique très volumineuse, s'est faite sans incidents fâcheux sur un enfant de 9 mois. Le lipome était pur de tout mélange, la tumeur était donc essentiellement bénigne. La tumeur qui s'est reformée tient à ce qu'on n'a pas suffisamment dépassé, dans la première opération, la limite de la tumeur. Le lipome se confondant progressivement avec le tissu graisseux de l'enfant, il était bien difficile de savoir où il fallait s'arrêter. Une petite opération complémentaire suffira à débarrasser pour toujours cet enfant de son lipome.

OBSERVATION II (empruntée à Queïrel)

Le nommé Fortuné F..., âgé de soixante-quatre ans, concierge dans un pensionnat de demoiselles, maigre, mais d'une bonne constitution, présente une tumeur du sein gauche, demi-sphérique, de la grosseur de la tête d'un enfant, coiffée par le mamelon dans sa partie inférieure, d'une consistance inégale, demi-molle, résistante, élastique en certains points, plus ferme, plus dure en d'autres. Cette tumeur indolore, sans changement de couleur de la peau, est très mobile sur la paroi costale et remonte assez haut dans la région pectorale. En faisant contracter le grand pectoral, cette mobilité devient moins grande et la tumeur est comme bridée; ce qui fait croire, avec juste raison, qu'elle est située en partie sous ce muscle, tandis qu'une autre partie est manifestement sous la peau du mamelon et du sein. C'est bien une tumeur sous cutanée et nous diagnostiquons un lipome, aux signes que nous venons d'énumérer.

Le lent développement de ce néoplasme que le malade porte depuis deux à trois ans (il y a quinze mois, il était gros comme une noix), la forme globuleuse, l'absence de ganglions sur la paroi thoracique, dans l'aisselle ou dans les creux sus — et sous — claviculaires, le défaut d'adhérence à la peau et aux parties sous-jacentes, devaient nous faire éloigner l'idée de tumeur maligne et aussi de tumeur diffuse. Il ne restait donc que les tumeurs encapsulées : l'adénome, le fibrome ou les kystes, et enfin le lipome.

Mais la consistance devait faire exclure les deux premiers néoplasmes; quant aux kystes l'absence de fluctuation, le poids de la tumeur que l'on prenait à pleine main, sa consistance inégale nous la firent rejeter et, par exclusion, il ne restait plus que le lipome, quoique nous n'en connussions

pas d'exemple. Nelaton enseignait que, de toutes les tumeurs, le lipome était celle qui était le plus apte à faire commettre des erreurs. « Aussi, disait-il, si vous hésitez entre un kyste et une tumeur solide, diagnostiquez un lipome et vous vous tromperez rarement ». Une autre considération plaidait aussi en faveur de ce diagnostic : le malade présentait d'autres tumeurs qui ressemblaient à des lipomes ; l'une, grosse comme un œuf, derrière l'oreille gauche, l'autre sur la fesse gauche, ressemblant à une brioche, c'est-à-dire présentant une double élévation, l'une petite et cutanée, l'autre plus large et sous-cutanée, ces deux parties de la tumeur étranglées par le derme. Nous étions bien là en présence du lipome en bissac, décrit par Gerdy. Sans croire précisément à une diathèse lipomateuse nous avouons que la présence de ces tumeurs éclaira singulièrement notre diagnostic.

Le 4 octobre 1887, nous procédons à l'opération. Nous pratiquons une grande incision elliptique, allant d'une des extrémités du diamètre transverse à l'autre et circonscrivant au-dessus du mamelon un lambeau de peau ; celle-ci, disséquée en haut, nous permet de voir, étalées sur la surface de la tumeur, comme un muscle peaucier, quelques fibres du grand pectoral que nous incisons pour aller attaquer directement la partie supérieure de la production morbide. Puis, en bas, nous détachons la peau où se trouve le mamelon. Les conduits de la glande sont coupés ainsi que nous l'avons constaté après, à la loupe ; car à l'œil nu, ils n'étaient pas apparents. La tumeur se dissèque facilement avec les doigts, elle est unie au plan sous-jacent par un tissu cellulaire lâche qui permet de l'extirper sans recourir au bistouri.

Ce plan sous-jacent est formé par la face antérieure du grand pectoral : quelques fibres superficielles d'un des interstices ont été seules intéressées, il n'y paraît pas après la dissection.

Le malade a perdu peu de sang, quelques pinces hémostatiques ont été mises pendant l'opération, mais aucune ligature n'a été faite. Après lavage antiseptique, on ferme la plaie par huit points de suture, excepté en dehors où l'on met un drain; suites très simples: trois semaines après, guérison complète. L'examen de la tumeur, qui pèse 800 grammes, prouve bien qu'on avait affaire à un lipome, et le microscope vient confirmer cette opinion en montrant dans toutes les parties le tissu propre au lipome fibreux.



CHAPITRE VII

Gynécomastie.

Bien que cette anomalie de la région mammaire ne rentre pas absolument dans le cadre de notre travail, nous croyons devoir lui réserver une place à la suite de nos différents cas de lipome.

En effet, bien que la structure de ces cas soit assez mal connue et que les examens qui ont été pratiqués aient donné des résultats fort variables on peut cependant admettre que généralement ce qui prédomine, c'est le tissu graisseux. Il est vrai de dire, que Rémy a constaté dans un cas, qu'il s'agissait surtout de développement de tissu fibreux du sein. Baillet, lui, a trouvé un tissu fibreux adulte renfermant très peu d'éléments cellulaires jeunes. Enfin, Gaillet, dans deux cas, a trouvé une hypertrophie glandulaire. Mais Clocquet qui fit l'autopsie d'un infirmier de Saint-Louis, âgé de 60 ans qui avait des mamelles aussi développées qu'une femme, n'y trouve qu'un amas de graisse.

En somme, les seins des gynécomastes renferment du tissu fibreux, du tissu graisseux en abondance, de l'élément glandulaire.

Mais il importe essentiellement de ne pas confondre la gynécomastie avec l'engraissement. L'anomalie que nous étudions n'a rien de commun avec la saillie adipeuse des hommes obèses qui ont quelquefois la région pectorale très développée; cette dernière se continue sans transition avec les parties voisines.

Au contraire la mamelle du gynécomaste est arrondie, nettement limitée surtout par en bas. Elle peut atteindre le volume d'une orange, celui du poing. Généralement elle a les dimensions d'un sein de jeune fille, mais quelquefois ces dimensions sont beaucoup plus considérables. Tel est le cas du malade de Pétrequin dont les seins étaient longs de 18 pouces et qui était tellement gêné par leur volume et leur poids qu'il se les fit amputer.

L'hypertrophie peut ne frapper qu'un sein. Horteloup refuse aux sujets qui sont atteints de lésion unilatérale le nom de gynécomastes qu'il réserve à ceux qui ont les deux seins hypertrophiés.

Assez rare, cette affection n'a été rencontrée qu'une fois sur 13,000 conscrits.

Le premier auteur qui en ait parlé est Paul d'Egine. — Mais ce n'est qu'en 1797 que l'on publia la première observation précise (Renaudin). Puis

dans le journal de médecine de Boyer et la gazette médicale de Paris 1836, Bedor en rapporte plusieurs cas. Vient ensuite l'article de Villeneuve dans le Dictionnaire en 60 volumes, les thèses de concours de Nélaton (1839), d'Horteloup (1872), le mémoire de Lereboullet, enfin deux thèses, Olphau et Laurent; le mémoire de Gruber à l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg : Ueber die Gynecomastie.

Delbet distingue deux catégories d'hypertrophie du sein : la gynécomastie primitive et la gynécomastie secondaire. La première débiterait en règle générale aux environs de la puberté. Exceptionnellement on cite des faits où l'hypertrophie aurait débuté vers 50 ans. La caractéristique de cette forme serait qu'elle se développe chez des individus dont les testicules sont en place, normalement développés avec tous les attributs et les apparences de la virilité.

On ignore la cause de cette anomalie et l'on a admis (Darwin) qu'autrefois les mamelles étaient également développées dans les deux sexes et que dans un passé lointain, les mâles allaitaient les petits absolument comme les femelles. La gynécomastie ne serait qu'une anomalie réversible.

L'autre forme se développe consécutivement à des altérations des testicules. Les arrêts de développement des testicules dûs à certaines malforma-

tions congénitales s'accompagnent de gynécomastie. Elle est à peu près constante chez les hermaphrodites mâles. L'ectopie testiculaire peut amener aussi l'hypertrophie des seins. Enfin, la fréquence de la gynécomastie est très grande chez les dégénérés frappés de féminisme, d'infantilisme qui deviennent souvent tuberculeux.

Les arrêts de développement du testicule peuvent être dûs à des causes morbides; ces causes morbides peuvent être l'orchite traumatique, l'orchite ourlienne, la syphilis, la suppression du testicule par un traumatisme ou une castration chirurgicale.

Il n'existe aucune explication satisfaisante de cette singulière relation qui existe entre le testicule et le sein. On pourrait, toutefois se demander si, en outre des spermatozoïdes, le testicule comme d'autres glandes ne secrèterait pas quelque produit résorbé par le sang qui serait nécessaire à entretenir l'équilibre de l'organisme. Mais si l'on songe que l'on voit l'atrophie d'un seul testicule s'accompagner de l'hypertrophie du sein correspondant, on ne comprend cette action directe que par le système nerveux.

Peut-on confondre la gynécomastie avec le lipome de la région mammaire? C'est la seule affection avec laquelle l'erreur pourrait être possible. Si l'on remarque que la gynécomastie est une affection

du sexe masculin et que le lipome est très rare chez l'homme, on voit qu'il est à peine utile de faire entrer celui-ci en ligne de compte au point de vue du diagnostic.

D'autre part, au point de vue de l'aspect ou de la sensation éprouvée par la palpation ce sont deux choses bien différentes. L'un est une tumeur plus ou moins grosse située dans la glande, ou à côté ou au-dessus, de consistance inégale, remontant plus ou moins haut dans la région pectorale. L'autre constitue quelque chose d'homogène, de non distinct de la glande, une hypertrophie de la glande mammaire et de tous les éléments qui la constituent.

La forme n'est pas la même : dans l'un des cas la région mammaire est modifiée, déformée; dans l'autre elle est augmentée de volume et acquiert, si l'on peut s'exprimer ainsi, la forme harmonieuse qui, à l'état normal, se trouve réalisée chez la femme.





CONCLUSIONS

Les lipomes de la région mammaire sont rares : on en compte les cas publiés.

Ils peuvent être consécutifs à d'autres lésions, mais ils peuvent aussi être congénitaux.

Si la plupart des cas rapportés ont été relevés chez la femme, il en existe cependant chez l'homme.

Selon leurs rapports avec la glande, ils sont intra-mammaires, para-mammaires ou sous-cutanés.

Dans tous les cas leur pronostic est bénin. Cependant il est indiqué de les enlever, parce que ces tumeurs peuvent atteindre des proportions considérables et qu'on pourrait peut-être craindre une transformation maligne.

Le meilleur traitement est l'ablation.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
TILLAUX

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- HOLMES. — System of surgery, vol. III, 1883, p. 189.
BRODIE. — Lecturs of pathology and Surgery, p. 281 et 171.
RECLUS. — Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu.
FORGUE et RECLUS. — Thérapeutique chirurgicale.
DELBET et LE DENTU. — Traité de chirurgie, tome I.
DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie, tome VI.
KOHLEK. — Charité Annalen, 1888, p. 531.
BÉGOUIN. — Journal de Médecine de Bordeaux, 1892.
ANDÉRODIAS. — Journal de Médecine de Bordeaux, 1897.
ASTLEY COOPER. — Illustrations of diseases of the breast.,
p. 524.
BILLROTH. — Deutsch chirurgie, p. 45.
VELPEAU. — Maladies du sein, p. 200.
BRYANT. — Diseases of the breast., p. 348.
BAKER et BOWLBY. — Med. chirurgical transaction, p. 69,
1886.
QUEIREL. — Congrès français de chirurgie 1889, p. 671.
PAGET. — The Lancet, vol. I, 1894.
LANNELONGUE et ACHARD. — Traité des tumeurs congéni-
tales.
HORTELOUP. — Tumeurs du sein, 1872.
GRUBER. — Ueber die gynecomastie.

- JACCOUD. — Dictionnaire : Sein.
DECHAMBRE. — Dictionnaire : Sein.
MASSE. — Gazette hebdomadaire de Bordeaux, 1897.
— Annales de chirurgie et d'orthopédie, 1897.
MONOD. — Contribution à l'étude des tumeurs non carcinomateuses du sein. (Arch. gén. de médecine, 1875).
NEUMANN. — Myxome lipomatodes. Arc. f. path., anat., etc. (Berlin, 1882, XXIV.)
HEGETSCHWEILER. — Ueber das Lipom der Mamma. Zurich, 1865.
LE BRUN. — Tłuszczak (lipoma); Wyciecie jego przy zastosowaniu zwieczulenia miejscowego. (Gaz. lik. Wari-
zawa, 1867).
HEYFELDER. — De lipomate (Erlaugen, 1863).
OLPHAN. — Th. Paris, 1880.
LAURENT. — Th. Paris, 1888.
CLOQUET. — Bibl. méd., 1828, t. I, p. 420.
BAILLET. — Bull. de la Soc. anat., 1890.
GAILLET. — Société de biologie, 1850.
LEREBOULLET. — Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux, Gaz.
hebdomadaire, 1877.
FANEAU DE LA COUR. — Th. Paris, 1871.
CHARVOT. — Soc. de chir., 1891.
LABBÉ et COYNE. Traité des maladies du sein.



